

Justicia sanitaria

INDICE DEL TEMA

- Definición de la justicia
- Interpretaciones políticas de la justicia
- Los dos problemas de la justicia sanitaria
- Principios y criterios de justicia sanitaria
- Justicia sanitaria y teorías de la justicia
- Intervención del estado en el mercado sanitario
- Racionamiento de recursos sanitarios
- Propuestas para mejorar la justicia distributiva de los recursos sanitarios
- Crisis económica y medidas de control del gasto sanitario

OBJETIVOS DE CONOCIMIENTO

- Definir la justicia y mencionar sus posibles principios materiales.
- Caracterizar las cinco interpretaciones políticas de la justicia que han tenido vigencia
- Distinguir el problema del acceso a la asistencia, que está relacionado con la pobreza, del problema de la distribución, que está relacionado con la escasez de recursos.
- Enumerar los principios de la justicia sanitaria y explicar cómo los aplican a la sanidad las distintas teorías de la justicia.
- Analizar la función del estado y la del mercado libre en la asistencia sanitaria, evaluando las ventajas e inconvenientes de cada uno.
- Definir, describir y justificar el racionamiento sanitario.
- Estudiar algunas propuestas de justicia distributiva y evaluar las medidas de control del gasto sanitario.

***Curso introductorio de bioética para profesionales de salud -
2014***



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

DEFINICIÓN DE LA JUSTICIA

La palabra justicia tiene significados diversos. Y es utilizada como estandarte movilizador y reivindicativo en contextos muy distintos.

Existe un significado primario de la palabra justicia como “*ajustamiento a un canon o modelo*”. Los principales cánones de la justicia han sido: los dioses (justicia divina), la tradición (justicia consuetudinaria), la naturaleza (justicia natural) o las leyes promulgadas (justicia positiva). Y en cada época histórica el canon de la justicia ha sido uno u otro. No obstante, en primer lugar, la justicia es un fuerte sentimiento.

El sentimiento de justicia

Existe en el ser humano un poderoso sentimiento de justicia, que surge en situaciones determinadas y puede llegar a ser extraordinariamente fuerte.

Este sentimiento de justicia, en su máxima expresión, es exaltado por los poetas y los idealistas. Veámoslo en el siguiente fragmento del poeta León Felipe:

Las revoluciones se hacen para restaurar la justicia. No se hacen tan sólo para resolver un problema de desigualdad económica y social.

Hay estrellas lejanas. La mecánica del universo no sirve más que para crear el espíritu. Y el espíritu es justicia.

La justicia es amor. Lo que origina y hace caminar al mundo. Es la ley que gobierna el espíritu, como la gravedad gobierna la materia.

La justicia vale más que el sol y que todos los mundos conocidos y por conocer. Y si se derrumbase el universo y se salvase la justicia, todo podría comenzar otra vez, porque el principio generador del mundo se habría salvado. Pero si la justicia se acabase, todo se desmoronaría, y ningún dios podría comenzar de nuevo.

Podemos ver en los versos citados, que existe un sentimiento de justicia que alcanza una dimensión cósmica o divina. Y conecta con las creencias más profundas sobre el sentido del Universo, la providencia de Dios y las recompensas o los castigos más allá de esta vida.

Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

Sin llegar tan lejos, el sentimiento de la justicia impregna también nuestras relaciones más cotidianas. Y se encuentra absolutamente generalizado en todos los seres humanos.

¿Por qué está tan generalizado este sentimiento? Y ¿Por qué es tan fuerte? Una de las explicaciones más convincentes fue suministrada por John Stuart Mill. Según este filósofo el sentimiento de justicia encierra el deseo de castigar a quien ha producido un daño a otro; lo que a su vez proviene de dos sentimientos naturales: el impulso de autodefensa y el sentimiento de simpatía. Por eso Mill sugiere definirlo como: *“el sentimiento natural de venganza, aplicado a aquellas injurias que afectan a la sociedad en general. Su fuerza deriva de la extraordinaria importancia de la utilidad implicada. Se trata de la seguridad, que es el más vital de todos los intereses”*.

Clases de justicia

Desde Aristóteles se acostumbra dividir la justicia en: distributiva y conmutativa.

La justicia distributiva

Rige la distribución de honores, dinero o cualquier cosa compartida entre los miembros de una comunidad. Para esta especie de justicia lo justo es la proporción geométrica entre la cantidad recibida y el valor o merecimiento de cada receptor (en libertad, riqueza, nobleza, virtud...).

La justicia conmutativa (que Aristóteles llamó correctiva)

Establece los tratos en las relaciones entre individuos. Una parte de la justicia conmutativa rige los *tratos voluntarios* (compraventa, préstamo, fianza, usufructo, depósito, alquiler...). Otra parte rige los *tratos involuntarios*, con ánimo de corregirlos. Tanto los tratos involuntarios *clandestinos* (hurto, adulterio, envenenamiento, prostitución, asesinato, falso testimonio...); como los tratos involuntarios *violentos* (ultraje, encarcelamiento, homicidio, robo, mutilación, difamación, insulto...). Para toda la justicia conmutativa *lo justo es la igualdad aritmética*, que trata a los implicados como iguales, procurando que reciban una cantidad igual a lo que han ganado o perdido.

Desde mediados del siglo XIX se viene hablando de otro tipo de justicia: la llamada **justicia social**, para referirse a la necesidad de lograr un reparto equitativo de los bienes sociales. Esta justicia

Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

implica un compromiso del Estado para compensar las desigualdades que surgen como resultado del mercado o de otros mecanismos económicos.

Conceptos formales de la justicia

La definición más citada de la justicia es la que formuló Ulpiano, quien hizo consistir los preceptos del derecho en: *"dar a cada uno lo suyo"*.

Efectivamente, hay justicia cuando nadie está desposeído de lo que le corresponde;
y cuando se restablece el equilibrio roto tras los intercambios e interacciones humanas.

Pero el problema de la definición de Ulpiano es que puede haber respuestas distintas a la pregunta de qué es lo que se debe dar a cada uno.

Por otra parte, todas las concepciones de la justicia reconocen el llamado *principio formal de la justicia*, el cual afirma que: *"Justo es tratar igual a los que son iguales, y desigualmente a los desiguales; distribuyendo en proporción a alguna cualidad pertinente"*. Todo el mundo puede estar de acuerdo en que la forma de hacer justicia es respetar el principio formal citado. Pero igual que ocurre con la definición de Ulpiano, este principio tampoco sirve para recomendar nada en concreto, porque no dice quién es desigual, ni con respecto a qué cualidad.

El problema de las definiciones citadas es que son definiciones formales, que carecen de contenido material. Y resultan insuficientes para hacer justicia

Principios materiales de justicia

Para saber en concreto cómo hacer justicia es necesario optar por algún principio material, y no meramente formal. Es decir, algún principio que indique cuál es la materia relevante que se debe tener en cuenta. Y que nos diga qué es lo que debe ser retribuido o qué desigualdades son las que deben ser corregidas

Algunos principios materiales pueden consistir en dar a cada uno según:

1. Su naturaleza o posición natural.
2. Su contribución a la sociedad.

Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

3. Sus méritos.
4. Igual que a todos los demás, independientemente del mérito.
5. Produzca e intercambie en un mercado libre.
6. La utilidad que se logre para el conjunto social.
7. Sus necesidades particulares.

Pero los principios materiales se pueden ponderar y jerarquizar de maneras muy diferentes. Y pueden darse interpretaciones mutuamente incompatibles sobre las propiedades materiales que resultan relevantes. Esta es la razón por la que resulta imposible llegar a acuerdos únicos y definitivos sobre la justicia.

Y esta es la situación cultural en la que nos encontramos hoy. En el momento actual no todos entendemos la justicia de la misma manera, porque coexisten distintas *interpretaciones de la justicia*. Y esas interpretaciones son restos heterogéneos de tradiciones históricas diferentes, adaptadas a contextos sociales nuevos.

Metafóricamente podemos pensar que las piezas de la justicia son como las partes del cuerpo del elefante en la famosa fábula de los ciegos. Según esta antigua fábula, unos ciegos quisieron saber cómo es un elefante, pero sólo se les permitió palparlo durante un corto tiempo. Uno de ellos palpó la trompa, otro una pata, otro un colmillo... Después, cuando los ciegos hablaban del elefante tenían ideas bien diferentes sobre el mismo.

La pugna entre diferentes concepciones de la justicia ha sido precisamente uno de los principales motores de la historia, así como también ha sido causa de guerras y conflictos interminables.

Para resolver el problema de cuáles son los principios materiales relevantes, existen *doctrinas políticas y sociales* que resultan, por cierto, bastante antagónicas entre sí.

Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

INTERPRETACIONES POLÍTICAS DE LA JUSTICIA

Las teorías políticas parten del reconocimiento de algún principio material de justicia. Y sobre esta base deciden qué es lo justo y qué es lo que se debe hacer para restablecer la justicia.

Teorías políticas diferentes dan más o menos valor a principios materiales distintos. Y por eso pueden llegar a estar en desacuerdo con otras teorías.

Diferentes principios materiales, mezclados en diferentes proporciones son los que constituyen los programas políticos.

La vida política de los últimos siglos puede ser entendida como una confrontación entre al menos cinco teorías políticas diferentes, que conviene, por lo tanto, conocer.

Y puede comprobarse que estas teorías se encuentran incorporadas en distinto grado a las sensibilidades morales de las distintas personas y países.

Justicia naturalista clásica

Parte del reconocimiento del *orden natural* como principio material de justicia. Mantiene que lo justo es respetar y distribuir en *proporción* a ese orden natural.

Por eso distribuye en proporción al rango, la nobleza, la capacidad natural, o la posición social.

La justicia naturalista surgió en la Antigua Grecia, y permaneció vigente hasta la caída del llamado Antiguo Régimen, con las revoluciones liberales modernas. Tal vez las últimas doctrinas que la defendieron en parte fueron el nazismo y el fascismo, con sus ideologías de raza y de superioridad. Hoy en día ya no es defendida abiertamente por ningún partido político. Aunque puede seguir estando presente en ciertas instituciones y mentalidades.

Justicia liberal clásica

Parte de reconocer la *libertad de intercambio* como principio de justicia.

Mantiene que es justa cualquier distribución de bienes que los individuos consigan en un mercado libre.

Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

Por eso necesita proteger la libertad y la iniciativa individual, la igualdad ante la ley, y los derechos individuales negativos (a que los demás no interfieran ni perjudiquen).

Hoy en día el país más sensible a esta forma de justicia parece ser Estados Unidos.

Justicia utilitarista

Reconoce la *utilidad pública* como principio y fin de la justicia. Mantiene que lo más justo es lo que produce la máxima utilidad social

Distribuye con el objetivo de obtener las consecuencias más útiles para el mayor número de ciudadanos.

Tradicionalmente, el país con una mayor cultura utilitarista parece ser Inglaterra, que es donde se gestó esta forma de entender la justicia y la moral.

Justicia socialista

El socialismo propugnó la necesidad de instaurar la *igualdad* de todos los seres humanos frente a las necesidades y las posibilidades de la vida social, sin que importara para ello la aportación o el mérito de cada uno.

Por eso la fórmula socialista llegó a ser: *“De cada cual según su capacidad y a cada cual según su necesidad”*.

Pero lo cierto es que los individuos presentan pocas diferencias en sus necesidades básicas. Por lo que el estado socialista tiende a instaurar un igualitarismo radical que admite pocas diferencias distributivas.

Tal vez sea España, donde no suelen estar bien vistas las diferencias, uno de los países con un mayor sentido socialista de la justicia.

Justicia contractualista

Introduce la necesidad de mantener los términos de un *contrato social conveniente para todos*.

De este modo, lo justo es respetar las normas emanantes de un contrato social que los individuos aceptan implícitamente.

© Miguel Ángel Sánchez González

8



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

El contrato social se realiza entre individuos que son iguales en sus derechos, por lo que esta forma de justicia tiende a promover un igualitarismo que se denomina “cualificado” porque permite ciertas desigualdades siempre que puedan justificarse con otras consideraciones.

LOS DOS PROBLEMAS DE LA JUSTICIA SANITARIA

La justicia sanitaria tiene que hacer frente a dos tipos de problemas distintos, aunque relacionados:

El acceso igualitario a la asistencia

Este problema ha acompañado siempre a la medicina, porque siempre ha habido una medicina para ricos y una medicina para pobres. Pero a medida que aumentaba la eficacia terapéutica de la medicina, aumentó también el sentimiento de injusticia que producía la desigualdad frente a la asistencia.

Hasta que finalmente, en el siglo XX, se llegó a reconocer el derecho universal a la asistencia sanitaria. Y, para hacer efectivo este nuevo derecho, se pusieron a punto sistemas estatales de asistencia pública capaces de intervenir en el mercado sanitario.

No debemos olvidar pues, que los sistemas públicos de asistencia sanitaria han sido los que han hecho realidad el antiguo ideal de la asistencia médica igualitaria.

La distribución equitativa de recursos escasos

Este otro problema, hasta hace poco tiempo, no había tenido gran importancia. Pero está haciendo sentir su peso cada vez más. El hecho es que en las últimas décadas el coste de la asistencia ha estado creciendo exponencialmente, por encima del crecimiento económico general, por varios motivos:

1. Aparición de nuevas tecnologías médicas y de nuevos tratamientos que son cada vez más caros y capaces de atender cada vez más problemas.

Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

2. Aumento de la esperanza de vida y del porcentaje de ancianos que consumen una mayor cantidad de recursos.
3. Un nivel de exigencia sanitaria cada vez mayor que multiplica las consultas a los médicos.

En consecuencia, el porcentaje del producto interior bruto que se dedica a la sanidad ha ido aumentando progresivamente. Y parece que los costes sanitarios constituyen un pozo sin fondo para los recursos económicos de cualquier país. Este crecimiento del gasto sanitario preocupa cada vez más y hace temer por la sostenibilidad del sistema.

Ahora que, por fin, en la mayoría de los países desarrollados se había conseguido una asistencia sanitaria igualitaria, universal, completa y gratuita, nos encontramos con que va a ser muy difícil mantenerla en un futuro.

El acceso igualitario a la asistencia sanitaria es una conquista histórica de justicia a la que no debemos renunciar. Nos enfrentamos al reto de mantener la universalización del acceso y hacer frente al incremento de los costes sin que esto afecte a la calidad de la atención sanitaria.

Pero indudablemente, el logro de la máxima justicia está ligado a la realidad económica. Para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público tal vez será necesario controlar el gasto sanitario y fijar unos límites a las prestaciones sanitarias. Seguramente habrá que racionalizar el uso y la distribución de los recursos sanitarios.

Lo que en todo caso podrá exigirse es que las medidas que se tomen se atengan a los mejores criterios de justicia.

PRINCIPIOS Y CRITERIOS DE JUSTICIA SANITARIA

La justicia sanitaria no puede lograrse de forma simplista, ni de una vez por todas, con la mera aplicación de un solo principio o idea. Es preciso al menos, aplicar a las distintas situaciones todos los principios y criterios siguientes:

1. **Libertad en los intercambios:** desarrollado por las teorías liberales y neoliberales.
2. **Igualdad:** aportado por las teorías socialistas.

Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

3. **Maximización del bienestar total:** promovido por las teorías utilitaristas.
4. **Prioridad a los más desfavorecidos:** elaborado en la actualidad por las ideas contractualistas originadas en la teoría de la justicia de John Rawls.
5. **Suficiencia:** que pueden promover todas y cada una de las teorías anteriores. Si bien, cada teoría propone alcanzar un nivel de suficiencia distinto, que sería mínimo para las teorías liberales y máximo para las socialistas.

Pero es bueno recordar que cualquiera de los cinco criterios, utilizado aislada y rígidamente, puede llevar a situaciones contrarias al sentido común. Lo que lleva a pensar que no es bueno adscribirse a una sola teoría ética. Es preciso contextualizar y diferenciar las decisiones. Porque criterios adecuados para una decisión pueden ser inadecuados para otra. Y no olvidar que hay factores políticos y sociales, no directamente sanitarios, que condicionan la salud

De todos los criterios expuestos, el más imprescindible es un criterio de suficiencia que especifique el llamado *mínimo decente*. Esto es, un nivel mínimo de cuidados sanitarios, por debajo del cual ninguna sociedad debe caer.

JUSTICIA SANITARIA Y TEORÍAS DE LA JUSTICIA

Justicia sanitaria liberal y neoliberal

Recordemos que para el liberalismo clásico el estado debe reducir al mínimo su actuación y limitarse a hacer posible la libertad de los individuos. Sólo se reconocen los derechos negativos. Y las actuaciones positivas, como prestar asistencia sanitaria, no pueden ser invocadas por razones de justicia. En este marco, la atención sanitaria no es un derecho. Es un servicio que los médicos suministran a quien lo desee, en un sistema de intercambios libres.

La asistencia médica, consecuentemente, se deja a la *iniciativa privada*. Y cada beneficiario paga directamente, o a través de seguros de enfermedad que también son privados y voluntarios. El estado sólo participa suministrando información y educación sanitaria, pero no atención directa. Y vigila el mercado sanitario como cualquier otro mercado, exigiendo contratos, indemnizaciones, calidad...

Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

Los insolventes son atendidos por instituciones caritativas y filantrópicas, de carácter preferentemente no estatal. Y el individuo es responsable de su propia salud. Las enfermedades del individuo que son consecuencia de su propio estilo de vida no deben ser pagadas por otros.

Tristram Engelhardt, un conocido representante de esta tendencia, ha formulado las siguientes propuestas:

- La aseguración debe ser voluntaria. El estado no debe coaccionar tributaria y organizativamente a las personas en sus proyectos sanitarios personales.
- La justicia sólo exige la intervención gubernamental en los daños producidos injustamente, o cuando la salud pública esté amenazada. Es injusta la enfermedad causada por otra persona, pero la causada de otro modo es simplemente lamentable.
- Podrían acordarse unos mínimos asistenciales sobre criterios convencionales y variables, pero sin que pueda decirse que están fundados en la justicia o en un derecho a la asistencia sanitaria.

Friedrich Hayek, desde su perspectiva neoliberal, admite que una cierta asistencia pública a los necesitados es compatible con la libertad y el progreso. Para ello se podrían organizar algunos servicios públicos. Y hacer obligatoria la contratación de algún seguro. Pero cree que la seguridad social se ha extralimitado, porque obliga a pertenecer a una organización asistencial única controlada por el Estado, impidiendo así la evolución hacia organizaciones mejores.

Hayek suministró argumentos contra un sistema único de aseguración estatal, y contra un servicio de salud gratuito para todos. Estos fueron sus argumentos:

- Hay que elegir entre distintos tipos de asistencia u otros bienes no sanitarios. Pero quien debe realizar esas elecciones es el individuo, no el estado.
- Las necesidades médicas no son realidades objetivas. Para juzgar cuánto cuidado requieren no hay un estándar objetivo que pueda ser aplicado por el estado.
- No existe un nivel ideal de servicios médicos que pueda y deba ser suministrado a todos. Como mucho existe ese mal nivel medio

Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

de servicios que puede ser proporcionado igualitariamente a todos.

- Las necesidades médicas nunca pueden ser totalmente satisfechas.
- No hay límite en los costes sanitarios.
- Cuando el profesional trabaja para el estado se altera su relación con el usuario.

Justicia sanitaria socialista

El socialismo entiende que lo justo es atender las necesidades de salud de un modo igualitario. Así la asistencia sanitaria se convierte en un derecho positivo exigible en justicia al estado. Y como tal derecho ha sido reivindicado por los movimientos socialistas obreros. Para hacer realidad esta aspiración, los estados comenzaron a intervenir en el mercado sanitario dando origen a los distintos sistemas de servicios de salud.

Cuando la intervención estatal en el mercado sanitario es mínima o inexistente, se dice que el sistema de salud es de *predominio empresarial*. Situación en la que todavía se encuentran países como Estados Unidos. Pero cuando el estado obliga a pertenecer a algún seguro de salud privado, colaborando financieramente al mantenimiento de dichos seguros, se llega a un sistema de *sociedades aseguradoras*. Un modelo que comenzó a implantarse en Alemania a finales del siglo XIX.

Y cuando la intervención llega al punto de que el estado adquiere la propiedad de los centros de asistencia sanitaria y es el empleador directo de la mano de obra sanitaria, se constituyen los sistemas de asistencia socializada (a veces también llamados de asistencia colectivizada). Entendiendo por asistencia socializada la posesión y administración estatal de los recursos sanitarios. Las sociedades comunistas implantaron este sistema de forma radical, desde sus comienzos. Y constituyeron sistemas de *estatalización completa*. Pero este hecho se puede producir también en el seno de sociedades democráticas dando origen a los llamados *servicios nacionales de salud*. El primero de ellos fue el que se estableció en Inglaterra tras la Segunda Guerra Mundial. Imitado después por muchos países entre los que se encuentra España. En estos países, la mayor parte de la asistencia sanitaria deja de ser una empresa privada y se transforma en una actividad pública.



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

Justicia sanitaria utilitarista

Utilitaristas actuales como T. Beauchamp opinan que la asistencia pública, al menos hasta un cierto nivel, se puede justificar por la utilidad social que tiene. Y porque si no hubiera ninguna asistencia pública se producirían importantes males, sanitarios y no sanitarios.

La utilidad es la que impone una *obligación social* de suministrar servicios sanitarios en el seno de un sistema público, al que puedan acudir todos. Y esta obligación social es la que genera un *derecho* a la asistencia. Pero este derecho no es primario, sino derivado de la obligación anterior.

Además, la obligación de prestar asistencia pública es tanto menor cuanto más necesita recargar a los contribuyentes. Por lo que ese derecho a la asistencia debe limitarse en función de las cargas que haya que imponer a los ciudadanos para generar los recursos sanitarios

Lo que hay que hacer entonces es *justificar un determinado nivel de gasto público*, en vez de exigir derechos preexistentes y supuestamente inalienables. El nivel de gasto se justifica con análisis de coste-beneficio. Y se distribuye con criterios utilitaristas maximizadores.

Por otra parte, el llamado *utilitarismo kantiano* de Richard Hare justifica interferir en el mercado sanitario para suministrar una asistencia médica a los pobres. Puesto que la enfermedad desatendida es una disutilidad tan grande que obliga a sacrificar algo otras utilidades, como la autonomía o la libertad del mercado.

Se justifica además un *alto nivel decente* de servicios sanitarios universales (como los del *National Health Service* inglés), *complementado por seguros privados* para ciertos extras. Así no se producen envidias graves y hay eficiencia.

Las tecnologías extremadamente caras cada vez será más imposible suministrarlas gratis, y tendrán que ofrecerse bajo *aseguración voluntaria*.

Justicia sanitaria contractualista

John Rawls al presentar su teoría contractualista de la justicia no habló de la asistencia médica. Pero Norman Daniels ha extendido la teoría de Rawls a los cuidados sanitarios, porque la salud, entendida como ausencia de enfermedad, es un bien primario que se debe

Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

repartir equitativamente. Y porque las necesidades sanitarias desatendidas dificultan la igualdad de oportunidades para alcanzar los objetivos propios.

Se llega así a formular los siguientes criterios de justicia sanitaria “rawlsiana”:

1. Garantizar a los más desfavorecidos el suficiente acceso a los beneficios sanitarios.
2. Cuando haya que racionar prestaciones en los sistemas de salud hay que empezar por los más desfavorecidos.

En general, la teoría rawlsiana tiene las siguientes implicaciones sanitarias:

1. En el *acceso a los recursos*: debe existir un nivel básico accesible a todos.
Cubriendo todas las necesidades sanitarias que son importantes por sus efectos sobre la igualdad de oportunidades.
2. En la *macrodistribución* de recursos (a nivel político): no se pueden desatender los servicios preventivos, de salud pública y de rehabilitación, porque inciden diferencialmente sobre la igualdad de oportunidades.
3. En la *microdistribución* de recursos (a nivel clínico): los clínicos deben añadir consideraciones de justicia al uso que hacen de los recursos, y no sólo de máximo beneficio a cada uno de sus pacientes; para no disminuir la igualdad de oportunidades de otros pacientes potenciales.

INTERVENCIÓN DEL ESTADO EN EL MERCADO SANITARIO

La asistencia médica siempre había sido diferente según el nivel social y económico del enfermo. Fue en el siglo XX cuando comenzó a realizarse el ideal de la asistencia médica igualitaria gracias a los sistemas públicos de asistencia.

Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

Naturalmente, todos los sistemas públicos de asistencia requieren un cierto grado de intervención del estado en el mercado sanitario. Y esa intervención se ha justificado de distintas formas.

Motivos históricos de la intervención del estado

Los estados nacionales contemporáneos se decidieron a intervenir en el mercado sanitario por una serie de motivos históricos:

1. El mayor conocimiento, apoyado en estudios estadísticos, de que muchos problemas sanitarios son engendrados por las desigualdades sociales.
2. La presión de los movimientos sociales obreros.
3. El reconocimiento de un derecho universal a la asistencia sanitaria.
4. Los cálculos económicos interesados, que preveían gran rentabilidad en las inversiones sanitarias. Puesto que las inversiones en salud disminuirían las bajas laborales y aumentarían la producción económica.
5. Implantación del moderno “estado del bienestar” que provee servicios sociales.

Por todos estos motivos, el grado de intervención del estado había ido en aumento durante todo el siglo XX. Pero desde los años ochenta se ha instaurado en casi todos los países una tendencia contraria, que tiende a potenciar el sector privado.

Recientemente se han renovado los argumentos a favor de la introducción de procedimientos de mercado en las políticas sanitarias. Ahora se insiste en que el mercado puede reducir la carga económica cada vez más insoportable que la sanidad impone a los estados. Se dice también que el mercado puede controlar los costes; aumentar la eficiencia; suscitar el mejoramiento de los sistemas de asistencia sanitaria; facilitar el progreso científico y la innovación tecnológica; promover la autonomía y capacidad de elección de los usuarios; suministrar incentivos a los trabajadores; y motivar la responsabilidad de los pacientes.

Ventajas y desventajas de la medicina pública

Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

Aunque los debates al respecto dependen mucho de las ideologías y estamos lejos de haber llegado a un acuerdo, lo que resulta indudable es que todos los sistemas ofrecen ventajas e inconvenientes peculiares, que conviene conocer para poder valorar después.

Ventajas de la medicina privada

1. No coacciona la libertad de los profesionales ni la de los pacientes.
2. Su gestión, inspirada por criterios empresariales, puede ser más eficiente.
3. Ofrece incentivos económicos a la iniciativa individual y a la excelencia en el ejercicio.
4. Potencia la responsabilidad de los individuos.

Inconvenientes de la medicina privada

1. Permite desigualdades en la atención a necesidades básicas.
2. Provoca malestar y rencor social, como resultado de las desigualdades.
3. Monetariza la relación con el enfermo.
4. Invita al sobretratamiento cuando hay ganancia económica, o al descuido cuando no la hay.

Ventajas de la medicina pública

1. Disminuye la desigualdad en la asistencia sanitaria.
2. Promueve con más facilidad el bienestar colectivo, y atiende a la salud pública aun cuando no resulta rentable.
3. Desmercantilizan la relación con el enfermo.
4. Permite instaurar indicaciones y actuaciones médicas adecuadas con independencia del costo.

Inconvenientes de la medicina pública

1. Menor eficiencia, cuando a nadie le importa el despilfarro y el mal uso.

Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

2. Carencia de incentivos para los profesionales, y coacciones a su libertad.
3. Despersonalización del trato, que se hace impersonal y burocrático.
4. Socavar la autorresponsabilidad que debe tener el enfermo para mantener y recuperar su salud.

Efectos sanitarios del mercado libre

Hasta la fecha, no han podido ser demostrados fehacientemente muchos de los pretendidos beneficios sanitarios del mercado. No disponemos de pruebas convincentes de que las estrategias mercantiles producen sistemas de asistencia sanitaria más eficientes; ni de que la competencia rebaja los gastos sanitarios; ni de que los mecanismos mercantiles producen una mayor salud en las poblaciones.

Aunque sí parece cierto que algunos aspectos de la asistencia sanitaria pueden beneficiarse de los incentivos del mercado. Entre ellos: la recompensa a la excelencia y al trabajo, la limitación de la irresponsabilidad y el derroche o la disuasión de demandas inútiles cuando éstas cuestan algún dinero.

Ahora bien, frente a las posibles ventajas del mercado, también hay que tener en cuenta sus casi seguros inconvenientes. El más importante de los cuales es la producción de desigualdades escandalosas en un bien básico como es la salud. Otro inconveniente del mercado es que el progreso científico, que es capaz de producir, no suele orientarse hacia la satisfacción de las necesidades sanitarias generales más básicas. Puede descuidar la investigación y el tratamiento de las enfermedades que afectan preferentemente a los sectores económicos más desfavorecidos. Potencia sobre todo el desarrollo de las tecnologías que más provecho pueden proporcionar a sus proveedores o más demanda encuentran en los sectores sociales con mayor capacidad de compra. Y todo ello no redundará, ciertamente, en la mejoría de los índices sanitarios globales, ni tiene por qué abaratar los costes. En resumen, parece evidente que cuando sólo se persigue el beneficio económico surgen dificultades para conseguir los fines más propios de la medicina.

Por otra parte, es preciso tener en cuenta que el mercado sanitario no es capaz de funcionar exactamente igual que cualquier otro mercado de bienes y servicios. Porque ni las necesidades sanitarias pueden ser completamente conocidas por los clientes potenciales, ni los resultados de las intervenciones médicas pueden



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

ser correctamente evaluados por los mismos. Falta entonces así, un mecanismo esencial para el buen funcionamiento de la oferta y la demanda, esto es: la correcta información sobre el producto sanitario que se necesita y la adecuada capacidad de evaluar la calidad de lo que se obtiene.

Necesidad de regular el mercado sanitario

Podemos concluir que el mercado sanitario no es una fórmula que pueda ser asumida sin restricciones.

Es cierto que algunos mecanismos de mercado pueden producir ciertas mejoras sanitarias, y algunos de sus incentivos y estrategias, si están convenientemente reguladas, pueden resultar útiles. Por eso, en la actualidad, se tiende a complementar el sistema público dando más lugar al mercado sanitario y a la medicina privada.

Pero las sociedades no pueden abandonar toda la sanidad al libre juego del mercado. Y tienen que introducir elementos de corrección y complementación de ese mercado. De hecho, ningún país desarrollado tiene un sistema de mercado en estado puro.

En cualquier caso, al mercado sanitario debemos exigirle al menos dos condiciones. La primera es que reconozca los fines propios de la medicina e introduzca los valores de la humanidad y de la tradición médica para que, de ninguna manera, se mueva solamente por fines de lucro. Y la segunda condición es que utilice los incentivos financieros de una manera sabia y proporcionada, capaz de disminuir las demandas que tienen sólo una utilidad marginal, sin demasiados riesgos para la salud de los pacientes, y sin afectar significativamente a la necesaria igualdad en la asistencia.

Es preciso afirmar, sobre todo, que la salud no puede ser un mero objeto de mercado. Y debe ser distribuida de un modo más equitativo que el que resulta tolerable en la distribución de otros bienes económicos, puesto que:

- La salud es un bien tan básico que obliga a hacer todo lo posible para que sea accesible a todos.
- La vida, la muerte, el sufrimiento y el bienestar corporal son valores muy prioritarios que deben ser objeto de la solidaridad humana.

Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

- La salud es necesaria para lograr una igualdad de oportunidades entre los seres humanos.

Siendo esto así, la salud debe ser concebida como un bien social primario que tiene que ser distribuido según criterios de justicia.

RACIONAMIENTO DE RECURSOS SANITARIOS

El constante incremento del gasto sanitario hace que cada vez sea más difícil mantener el ideal de una asistencia sanitaria universal, completa y gratuita. Y cada vez parecen más inevitables las medidas de racionamiento de los recursos sanitarios. Lo cual obliga a formular las preguntas:

- ¿Es aceptable el racionamiento de los bienes sanitarios?
- ¿Hay alguna forma ética de racionar la sanidad?

Concepto y tipos de racionamiento

El racionamiento de bienes económicos, en general, es la instauración de medidas políticas de distribución de bienes cuya demanda excede a la oferta, en circunstancias que aconsejan establecer un precio fijo. Por ejemplo: en hambrunas, catástrofes, guerras...

Mientras que se entiende por racionamiento de tratamientos médicos el conjunto de medidas de distribución de los recursos terapéuticos siguiendo principios y procedimientos distintos a los del libre mercado.

Existen dos modos de racionamiento sanitario:

Racionamiento implícito

Al que se llega por situaciones de hecho, sin criterios expresados abiertamente. El racionamiento implícito siempre ha estado presente en la práctica de la medicina, impuesto por:

1. Niveles de atención dependientes de la capacidad económica o de la clase social.

Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

2. Listas de espera.
3. Distribución geográfica desigual de los recursos.
4. Políticas de hecho que sobreestiman o desestiman ciertas posibilidades de la medicina; y convencionalismos sobre lo que es más importante.

Racionamiento explícito

El que se deriva de criterios formulados abiertamente.

Recientemente, se ha comenzado a discutir la necesidad de un racionamiento explícito, por motivos de coste económico. Y se ha argumentado que la negativa a poner en práctica racionamientos explícitos sólo sirve para perpetuar formas tradicionales de racionamiento implícito, que no suelen estar basadas en criterios de justicia.

Hay dos modos de racionamiento explícito:

1. *Descriptivo e inductivo*: examinar las prácticas sociales existentes y extrapolar por analogía las situaciones nuevas.
2. *Prescriptivo y deductivo*: partir de principios de justicia, o tener en cuenta las consecuencias, con el fin de proponer determinadas prácticas.

¿Es ético racionar la sanidad?

Hay quienes consideran éticamente inaceptable el racionamiento sanitario explícito, que priva de ciertos tratamientos a enfermos determinados, porque:

1. Consideran que la asistencia sanitaria es un derecho fundamental.
2. Opinan que la salud no tiene valor económico y que los distintos estados de calidad de vida no pueden cuantificarse en una forma que permita hacer comparaciones y elecciones.
3. Creen que la demanda sanitaria no es inabarcable.

Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

Y quienes piensan así insisten en otras medidas. Entre ellas: no poner topes a la financiación de la salud, reorganizar la gestión sanitaria, aumentar la eficiencia o ahorrar en otras cosas más superfluas.

Mientras que lo más ético, según otros, es formular criterios justos de racionamiento explícito, porque en un futuro parece inevitable un racionamiento sanitario general, que ya ha aparecido en algunas áreas. Y porque la salud puede empeorar paradójicamente si, por financiar la sanidad, se dejan de financiar áreas distintas a la asistencia médica directa (como el medio ambiente, la educación, el bienestar social...)

En general, y al margen de las posiciones que se adopten en principio, lo cierto es que las argumentaciones a favor o en contra del racionamiento, así como las conclusiones, pueden ser distintas según la clase de tratamiento médico en cuestión.

En la medida de lo posible el racionamiento, siempre que quiera adoptarse, se deberá justificar con alguna teoría de la justicia. A pesar de que algunos problemas pueden ser inaccesibles o imposibles de resolver con el razonamiento ético. Teniéndose que recurrir entonces a medidas políticas dictadas por la ideología, la tradición o el simple ensayo y error.

Niveles y situaciones de racionamiento sanitario

El racionamiento sanitario puede realizarse en los dos niveles siguientes:

El nivel de la “macrodistribución” de recursos

Pertenece al gobierno y a las administraciones. Se aplica a las situaciones siguientes:

1. Asignación de presupuestos fijos a la sanidad, y promulgación de normas para su reparto y utilización en distintas áreas.
2. Establecimiento de catálogos de prestaciones.
3. Fijación de los mínimos o los máximos asistenciales que debe cubrir el sistema sanitario público.
4. Limitación de asistencia en función de edad, calidad de vida o maximización del beneficio sanitario global.

Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

El nivel de la “microdistribución”

Corresponde al médico clínico en la toma de decisiones sobre enfermos particulares.

Se puede aplicar en las siguientes situaciones:

1. Admisión en programas terapéuticos que sólo tienen capacidad para atender a un número limitado de enfermos. Por ejemplo: la diálisis en sus inicios, cuando no había suficientes máquinas.
2. Establecimiento de prioridades entre los enfermos para la asignación de recursos terapéuticos escasos. Por ejemplo, para la recepción de órganos.
3. Situaciones de competencia entre dos o más pacientes por un determinado recurso terapéutico. Por ejemplo: el único respirador disponible o la última cama de UCI.
4. Renuncia a realizar esfuerzos terapéuticos que son poco eficaces, o que tienen gran probabilidad de fracaso, con la finalidad de generar un ahorro al sistema sanitario. Por ejemplo: negar la cirugía cardíaca de alto nivel a un paciente mayor de 80 años.
5. Consignas y protocolos administrativos para el ahorro de medicamentos, o la prescripción de los más baratos.
6. *Triage*: evaluación y clasificación de pacientes para establecer prioridades de tratamiento en situaciones de guerra o catástrofe.

Por extensión, también se llama *triage* a los procedimientos de priorización de enfermos en servicios de urgencias o cuidados intensivos.

PROPUESTAS PARA MEJORAR LA JUSTICIA DISTRIBUTIVA DE LOS RECURSOS SANITARIOS

Existen ciertas consideraciones generales de justicia que pueden ser propuestas. Entre ellas están las descritas a continuación.

Ajustar el nivel de esfuerzo social

Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

Daniel Callahan sugiere dos principios delimitadores del esfuerzo social destinado a procurar salud: (What Kind of Life, 1990)

1. *Un principio de suficiencia*: que el funcionamiento de las instituciones y el ejercicio de los roles sociales de una gran mayoría de ciudadanos no estén afectados por falta de salud.
2. *Un principio de justificación*: que los recursos dedicados a la salud no disminuyan de un modo dañino los dedicados a otras necesidades sociales importantes, ni produzcan consecuencias indeseables a largo plazo.

Ajustar el concepto de salud

En un mundo de recursos limitados hay que proponer metas sanitarias que nadie pueda negar. Hay que definir la salud de una manera que la distinga de las preferencias subjetivas y de las aspiraciones que se pueden conseguir por otros medios.

Necesitamos una idea de salud que sea una meta indiscutible y potencialmente realizable. Habrá que renunciar a exigir una salud ilimitada entendida como completo bienestar. Es decir, se impone adoptar un concepto de salud suficiente pero no demasiado inclusivo.

Necesitamos una definición de salud que sea lo más neutralista posible. Tal ha sido la ofrecida por Norman Daniels: *“ausencia de enfermedades que consistan en desviaciones de la organización funcional natural de un miembro típico de la especie”*. Entendiendo que esas enfermedades son las que deben ser atendidas universalmente para asegurar una justa igualdad de oportunidades.

Además, un concepto operativo de salud tampoco deberá ser demasiado inclusivo. Daniel Callahan está entre los autores que proponen una definición limitada de la salud a efectos de distribución de recursos sanitarios. Esa salud no puede ser entendida como un ideal ilimitado sino como un estándar promedio de las funciones orgánicas y conductuales. Así: *“alguien puede ser considerado sano si sus órganos funcionan a un cierto nivel medio, si no padece dolor físico, y si está libre de trastornos patológicos”*.

Instaurar una medicina sostenible

Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

Desgraciadamente, no es razonable pensar que el progreso científico y las inversiones tecnológicas aumentarán ilimitadamente la salud de los seres humanos.

En la Edad Contemporánea, cuando la medicina se transformó en ciencia experimental, se llegó a concebir la esperanza de un progreso ilimitado y continuo en la lucha contra la enfermedad y la muerte. Y durante el siglo XX los grandes logros de la medicina parecieron confirmar esa esperanza. Sin embargo, tenemos pocos motivos para mantener semejante sueño. Lo más razonable es pensar que en el siglo XXI no volverán a producirse avances tan espectaculares en los índices sanitarios como los del siglo anterior. La esperanza de vida, por ejemplo, no parece poder aumentar mucho más. Además, será cada vez más difícil descubrir tratamientos baratos y eficaces para mejorar la salud significativamente. Los tratamientos genéticos, en general, sólo prometen ganancias marginales en proporción a sus costes. De este modo, la tecnología médica será cada vez más costosa y menos eficiente para mejorar la salud general de la población.

Si la sociedad se empeña en mantener un ensueño tecnológico sin limitaciones la medicina consumirá cada vez más recursos y cada vez será más difícil de financiar. Sólo podrá beneficiar a unos pocos privilegiados, y será cada vez menos equitativa. Globalmente, con toda probabilidad, no producirá beneficios sanitarios significativos. Se impone por lo tanto implantar una medicina que Daniel Callahan ha denominado: “sostenible”, entendiendo por tal la que: *“suministre una asistencia suficiente para lograr un nivel decente de capacidad física y mental; pueda ser financiada razonablemente y distribuida equitativamente; adopte metas de salud finitas y tenga aspiraciones limitadas de progreso tecnológico”*. (False Hopes 1998)

Redefinir los fines de la medicina

La respuesta a los problemas que plantea la medicina había sido hasta ahora exclusivamente técnica y organizativa. Pero ha dejado sin cuestionar los fines y los presupuestos más básicos. Es necesario llevar a cabo un replanteamiento más radical formulando nuevos ideales y direcciones. Si no se hace esto último la medicina será: económicamente insostenible, clínicamente confusa, socialmente frustrante y carente de dirección y propósito coherentes. Daniel Callahan, al frente de un equipo de trabajo internacional, sugiere que la medicina preste atención preferente a cuatro grandes objetivos: (The Goals of Medicine, *Hastings Cent Ret*, 1996, 26, 1-27.)

Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

1. Prevención de la enfermedad y promoción y mantenimiento de la salud.
2. Alivio del dolor y del sufrimiento humano causados por padecimientos de origen interno.
3. Cuidado y curación de quienes tienen padecimientos; y cuidado de quienes no pueden ser curados.
4. Evitar muertes prematuras, y aspiración a una muerte en paz.

CRISIS ECONÓMICA Y MEDIDAS DE CONTROL DEL GASTO SANITARIO

Durante los años de crecimiento económico no existió una gran preocupación por la sostenibilidad de un sistema sanitario público que necesitaba una financiación cada vez más cuantiosa. Pero la actual crisis económica ha hecho cundir la alarma de que el sistema podría desmoronarse si no se controla el gasto sanitario. Y muchos países han comenzado ya a poner en práctica medidas de recorte de ese gasto.

Por razones de justicia estamos obligados a mantener la universalidad de los servicios de salud y hacer frente al incremento de los costes sanitarios sin que esto afecte a la calidad de la atención.

Pero también es preciso reconocer que la salud está ligada a la economía y que para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario será necesario encontrar nuevas fórmulas y racionalizar todo lo posible el uso y la distribución de los recursos.

Examinemos a continuación algunas medidas que se han propuesto:

Recortes presupuestarios lineales

Los recortes que disminuyen indiscriminadamente la financiación, disminuyen también la equidad y la calidad de los servicios.

Disminuyen la equidad porque perjudican más a los más desfavorecidos que no pueden encontrar alternativas privadas a las deficiencias sobrevenidas o a las listas de espera aumentadas. Y disminuyen progresivamente la calidad porque las clases sociales acomodadas dejan de utilizar el sistema público y, consiguientemente, dejan también de apoyarlo.

Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

Copago (o ticket moderador)

Obligaría a todos los usuarios del sistema público a abonar una cantidad moderada de dinero por cada utilización de servicios.

Con esta medida no se busca tanto la recaudación como la moderación de la demanda, en el supuesto de que induciría al paciente a renunciar a las consultas innecesarias.

Los defensores de esta medida afirman que el copago es igualitario (porque todo el mundo paga lo mismo) y la cantidad es bastante baja para que nadie quede fuera del sistema; dicen además que es eficiente (porque se ahorra el uso innecesario del sistema); y que fomenta la responsabilidad individual.

Aunque parece más cierto que el copago sí afecta a la equidad, porque disuade más a los que menos tienen. Y sólo fomenta la responsabilidad en los pacientes pobres. También parece más ineficiente y arriesgado que los individuos decidan bajo la presión del copago cuándo tienen una necesidad médica, en lugar de que esta decisión la tomen los profesionales.

Medidas de eficiencia y racionalización de los servicios

Existen medidas de eficiencia que tendrían que estar vigentes siempre. Entre ellas, sobre todo las tendentes a reducir *el gasto farmacéutico*, sufragando únicamente los medicamentos efectivos y necesarios, y recetando preferentemente medicamentos genéricos. También puede practicarse la *concentración de servicios sanitarios* (sobre todo para las intervenciones infrecuentes o complejas, con lo que se ganaría también en excelencia), y la *utilización plena de los recursos* en horarios de atención extendidos, o su alquiler parcial con fines privados. Sin olvidar la conveniencia de una *mayor educación sanitaria* de la población.

Paquete básico o catálogo de prestaciones

Consiste en atender un conjunto básico de enfermedades o situaciones, dejando al mercado privado los tratamientos considerados no básicos. Un sistema que ya está en funcionamiento para ciertos tratamientos odontológicos o psiquiátricos.

Este sistema plantea el problema de delimitar lo que es realmente básico. Un problema que no puede definirse sólo con criterios económicos, y forzados por la necesidad de ahorro.

Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

La equidad no resulta afectada por el catálogo de prestaciones, si se entiende que lo justo es atender sólo las enfermedades graves o las que pueden llegar a serlo.



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

Otros criterios de racionamiento

Existen otros criterios éticos para racionar los recursos sanitarios, como dar prioridad a los pacientes que vayan a obtener más beneficios sanitarios de una intervención determinada, o distribuir en función de la mayor o menor necesidad sanitaria. Se podría incluso, con las debidas garantías, tener en cuenta la edad o el pronóstico del paciente. E incluso se podría pensar en implantar techos asistenciales o limitar el recurso a las tecnologías muy costosas.

Ahora bien, la necesidad de racionar no nos puede hacer perder de vista que se puede racionar con más o menos equidad, y que la equidad debe ser siempre un objetivo social innegociable.

En definitiva se trata de optar por una sociedad solidaria con la enfermedad y el sufrimiento humanos. Porque una sociedad no puede ser solamente una agrupación de egoístas racionales que buscan su propio interés. También es, o tendría que ser, una comunidad de personas que se necesitan, se ayudan y se desarrollan como un conjunto humano.

***Curso introductorio de bioética para profesionales de salud -
2014***

